

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

© Затула М.І., 2008  
УДК 616-022.9

М.І. Затула

# Токсокароз людини

Військовий медичний клінічний центр Південного регіону, м. Одеса

*Описано особливості перебігу токсокарозу в людини та труднощі діагностики цього захворювання.*

**Ключові слова:** токсокароз, захворювання людини.

Токсокароз (лат. *toxocarosis*) – зоонозне захворювання, зумовлене паразитуванням в організмі людини круглих черв'яків родини *Toxocara*.

В 1911 р. F. Fulleborn висловив думку про можливість паразитування у людини не властивих їй видів аскарид з розвитком алергічних реакцій. В 1952 р. інший вчений Р. Beaver назвав феномен міграції личинок гельмінтів тварин в організмі людини «*larva migrans*» (мігруючі личинки) та затвердив цей термін як діагностичну одиницю зоонозних хвороб, яким властиві наступні особливості: людина для їх збудників не є основним хазяїном; гельмінт в організмі людини не досягає статевого віку; клінічні прояви хвороби зумовлені міграцією личинок або дорослих гельмінтів у шкірі чи внутрішніх органах людини.

Токсокароз людини (шифр за МКХ 10 – B83.0) – личиночний тканинний геогельмінтоз, що перебігає хронічно і характеризується рецидивами, поліморфізмом клінічних симптомів і переважним ураженням внутрішніх органів та очей. Джерелом і резервуаром паразита є собаки, інфікованість яких сягає 20 %. Зараження людини відбувається фекально-оральним шляхом при проковтуванні інвазивних яєць токсокар. Через слизову оболонку проксимального відділу тонкого кишечника личинки попадають до системи кровообігу та розповсюджуються по організму. Фіксуючись у різних органах, личинки утворюють еозинофільні гранульоми з прогресуючою алергізацією організму. Залежно від симптомів, що переважають у клінічній картині захворювання, виділяють шкірну, вісцеральну, очну та неврологічну форми.

Значний клінічний поліморфізм (рецидивна гарячка, лімфаденопатія, вогнищеве ураження легень, міокардит, панкреатит, гепатоспленомегалія, парези й паралічі, ураження оболонок ока, еритематозний чи уртикарний висип на шкірі) утруднює діагностику і потребує диференціювання зі значною кількістю захворювань. Насамперед виникає необхідність проведення диферен-

ційного діагнозу з іншими гельмінтозами (аскаридоз, трихинельоз, ехінококоз та ін.) і захворюваннями, що супроводжуються еозинофілією (лімфогранулематоз, синдром Леффлера, медикаментозна сенсibiliзація, пристінний фібропластичний міокардит та ін.).

З метою ілюстрації наведених вище особливостей перебігу токсокарозу у людини та труднощів діагностики цього захворювання наводимо опис клінічного випадку хвороби.

*Хвора М., 30 років, звернулася до Військового медичного клінічного центру (м. Одеса) 20.10.2004 р. зі скаргами на інтенсивний біль голови та у правому підребер'ї, загальну слабкість, запаморочення, висипання на шкірі спини і живота.*

З анамнезу відомо, що жінка захворіла гостро 10 днів тому, коли підвищилася температура тіла до 39,8 °С та з'явилися наведені вище скарги. Прийом спазмолітичних препаратів ефекту не дав і біль у животі посилювався, у зв'язку з чим на 5-у добу захворювання була госпіталізована до хірургічного відділення центральної районної лікарні м. Білгород-Дністровський. Попередній клінічний діагноз у ЦРЛ: загострення хронічного холецистопанкреатиту. Комплексна терапія з проведенням детоксикації, призначенням антибактерійних препаратів, спазмолітичних засобів та інгібіторів протеаз ефекту не дала.

З епідеміологічного анамнезу – хвора мешкає у селищі, на подвір'ї є собаки, кішки, домашня худоба.

На момент ушпиталення стан хворої розцінювався як середньої тяжкості. Об'єктивно: температура тіла 38,6 °С, млява, гіподинамічна; шкіра бліда, на спині, тулубі, голові – поліморфна екзантема у вигляді плям, папул, везикул; слизові оболонки звичайного кольору; периферичні лімфатичні вузли не збільшені; фізикальні дані з боку легень без патологічних змін; серцеві тони ритмічні, пульс 88 за хвилину, артеріальний тиск – 105 і 65 мм рт. ст.; на язичку брудно-сірі нашарування; живіт м'який, помірно болючий при пальпації у правому підребер'ї; печінка пальпується на 2 см нижче реберної дуги, еластична, болюча; селезінка не пальпується, менінгеальних знаків немає, діурез достатній.

Враховуючи наявність інтоксикаційного синдрому та поліморфний характер висипки на шкірі (плями – папули – везикули) було встановлено попередній клінічний діагноз «Вітряна віспа?».

## КОРОТКІ ПОВІДОМЛЕННЯ

Дані лабораторних досліджень: у загальному аналізі крові Нb 105 г/л, ер. 3,67 Т/л, лейк. 9,4 Г/л, ШОЕ 55 мм/год, еоз. 18 %, п. 3 %, с. 56 %, л. 19 %, м. 4 %; загальний аналіз сечі та біохімічні показники крові без патологічних змін.

Під час додаткових інструментальних досліджень було виявлено: на рентгенограмі органів грудної порожнини дрібні інфільтрати обох легень (метастатичне ураження?); за даними УЗД – об'ємні утворення печінки; при комп'ютерній і магнітно-резонансній томографії органів черевної порожнини – картина множинного вогнищового (метастатичного?) ураження печінки мігруючого характеру.

За даними специфічного серологічного дослідження крові хворої антитіла до ВІЛ, вірусу гепатиту С, ехінококу та HBsAg не виявлені; реакція на антитіла до токсокар різко позитивна (+++).

На підставі клінічних даних (інтоксикаційний синдром, поліморфна висипка, гепатомегалія), даних додаткових методів дослідження (еозинофілія, дрібні інфільтративні зміни легень, множинний мігруючий характер вогнищевих змін з боку печінки, позитивна реакція на антитіла до токсокар) був встановлений заключний клінічний діагноз: Токсокароз, шкірно-вісцеральна форма, середньої тяжкості.

До встановлення заключного клінічного діагнозу хворій була призначена наступна терапія: внутрішньовенна детоксикація, цефтриаксон 1,0 г внутрішньом'язово 2 рази на добу, антигістамінні та метаболічні засоби. Після діагностування токсокарозу до терапії було додано антигельмінтний препарат ворміл по 400 мг 2 рази на добу курсом 10 днів.

На 2-у добу від початку прийому вормілу стан хворої значно покращився: нормалізувалася температура тіла, покращились апетит та самопочуття, почали згасати елементи висипки на шкірі, зменшився больовий синдром. При цьому еозинофільні інфільтрати у тканині легень хоча і зменшилися у розмірі, але зберігалися і на 10-у добу терапії.

Залишкові вогнищеві зміни у легенях та печінці були зареєстровані за допомогою інструментальних методів дослідження навіть через 2 міс. лікування

Пацієнтка була виписана з клініки на 15-й день лікування у задовільному стані та з нормалізацією загального аналізу крові (зниження кількості еозинофілів до 4 %).

Таким чином, наведений клінічний випадок токсокарозу у людини демонструє деякі особливості перебігу цієї хвороби, а саме: поліморфність клінічної симптоматики із залученням до патологічного процесу шкіри, легень, печінки внаслідок формування еозинофільних інфільтратів і загальної алергічної реакції організму; неспецифічність змін у внутрішніх органах, які виявляються під час променевих досліджень. Все це та відсутність (через труднощі виявлення личинок в організмі людини) можливості прижиттєвого паразитологічного підтвердження обумовлює труднощі діагностування токсокарозу. Основним специфічним методом при цьому є серологічний – визначення антитіл до токсокар у крові людини за допомогою імуноферментного аналізу.

Токсокароз – це відносно нова проблема практичної медицини і її вирішення залежить від цілеспрямованих спільних дій органів охорони здоров'я і ветеринарної служби, а також наявності у лікарів знань про хворобу та епідемічної настороженості до цієї інвазії.

### CLINICAL CASE OF HUMAN TOXOCAROSIS

M.I. Zatula

**SUMMARY.** The features of toxocarosis course in human and difficulties of diagnostics of this disease are described.

**Key words:** toxocarosis, human disease.